

Tạo hình đốt sống bằng bơn cement sinh học áp dụng trong xẹp đốt sống do loãng xương là can thiệp ít xâm lấn có hiệu quả cao trong việc điều trị giảm đau cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương, phòng ngừa các biến chứng do bất động hay hạn chế vận động gây ra, phù hợp với người cao tuổi do chỉ cần gây tê tại chỗ, đây là phương pháp tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Vũ, Kiều Đình Hùng**, (2014). Kết quả điều trị xẹp đốt sống do loãng xương bằng phương pháp bơn xi măng không bóng qua da tạo hình thân đốt sống tại Khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 18(6): 81-85.
2. **Duvuru A, Hawkins SP**, (2023). Percutaneous vertebroplasty: efficacy in the management of pain related to acute vertebral compression fractures. N Z Med J;136(1571):65-72.
3. **Evans AJ, Jensen ME, Kip KE, DeNardo AJ, Lawler GJ, Negin GA, Remley KB, Boutin SM,**

Dunnagan SA, (2003). Vertebral Compression Fractures: Pain Reduction and Improvement in Functional Mobility after Percutaneous Polymethylmethacrylate Vertebroplasty—Retrospective Report of 245 Cases 1. Radiology, 226(2), p. 366-372.

4. **Hochmuth K, Proschek D, Schwarz W, Mack M, Kurth AA, Vogl TJ**, (2006). Percutaneous vertebroplasty in the therapy of osteoporotic vertebral compression fractures: a critical review. European radiology, 16(5), p. 998-1004
5. **Dai C, Liana G, Zhang Y, Dong Y, Zhou X**, (2022). Risk factors of vertebral re-fracture after PVP or PKP for osteoporotic vertebral compression fractures, especially in Eastern Asia: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res, 17(1):161
6. **Nakano M, Hirano N, Matsuura K, Watanabe RH, Kitagawa H, Ishihara RH, Kawaguchi Y**, (2002). Percutaneous transpedicular vertebroplasty with calcium phosphate cement in the treatment of osteoporotic vertebral compression and burst fractures. Journal of Neurosurgery: Spine, 97(3), p. 287-293.

ĐẶC ĐIỂM TÌNH TRẠNG BIẾN DẠNG MÔI MŨI SAU PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI MỘT BÊN BẨM SINH LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2023

Nguyễn Tấn Văn¹, Nguyễn Hồng Nhung¹,
Mai Đình Lộc¹, Hoàng Tuấn Hiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khe hở môi (KHM) là dị tật bẩm sinh thường gặp ở vùng hàm mặt. Phẫu thuật tạo hình môi mũi nhằm phục hồi chức năng và thẩm mỹ là nhu cầu cần thiết của bệnh nhân và gia đình người bệnh, tuy nhiên vẫn còn nhiều biến dạng môi mũi sau phẫu thuật. Vì vậy đánh giá những biến dạng môi mũi để có kế hoạch phẫu thuật sửa chữa. **Phương pháp nghiên cứu:** 31 bệnh nhân (BN) KHM một bên đã phẫu thuật tạo hình môi lần đầu bằng các phương pháp khác nhau đến khám tại chương trình Khám sàng lọc, tư vấn miễn phí cho trẻ khuyết tật và bệnh tim bẩm sinh của Khoa Răng Hàm Mặt và Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E. BN được đánh giá theo thang điểm của Motier (1997) các đặc điểm giải phẫu: làn môi đỏ, da môi, sẹo môi, mũi. **Kết quả:** Biến dạng hay gặp ở làn môi đỏ là lõm (67,7%) và sai lệch đường viền môi (70,9%). Thiếu hụt chiều cao da môi bên khe hở là 32,2%. Sẹo sau mổ bị co kéo và lõm chiếm

48,4%. Các biến dạng ở mũi hay gặp là lõm mũi hẹp (83,8%), cánh mũi ở thấp (74,2%), lệch vách mũi (67,7%) và trụ mũi quá ngắn (54,8%). **Kết luận:** Biến dạng môi mũi sau tạo hình KHM một bên lần đầu là không tránh khỏi, do vậy cần có kế hoạch để phẫu thuật sửa chữa những biến dạng này. **Từ khóa:** Khe hở môi một bên, Biến dạng môi mũi

SUMMARY

CHARACTERISTIC OF SECONDARY CLEFT LIP/NASAL DEFORMITIES AFTER PRIMARY PLASTIC SURGERY ON THE PATIENT WITH UNILATERAL CLEFT LIP/PALATE AT E HOSPITAL IN 2023

Objective: Cleft lip (KHM) is a common congenital malformation in the maxillofacial region. Surgery to create a suction nose to restore function and aesthetics is a necessary need for patients and their families, but there are still many lip and nose variations after surgery. Therefore, evaluate the altered nose and lip forms to plan a tactical correction. **Research method:** 31 patients with unilateral CKD were skillfully created for the first time using different medical methods at the free screening and consultation program for healthy children and congenital heart disease. students of the Department of Dentistry and Cardiovascular Center, E hospital.

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Văn

Email: tanvan.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

Patients were evaluated according to Motier's scale (1997) for entertainment characteristics: red lips, lip skin, lip velvet, nose. **Results:** Common deformities in red lips are protrusion (67.7%) and deviation of lip contour (70.9%). Lack of height environment outside the gap is 32.2%. Postoperative scars were elongated and convex using 48.4%. Common nasal variations are narrow nose (83.8%), low nasal wings (74.2%), slipped nasal septum (67.7%), and too short columella (54.8%). **Conclusion:** Nasal lip variations after the first KHM surgery are unavoidable, so a plan is needed to protect these variations.

Keywords: Unilateral cleft, Lip-nose deformity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi (KHM) là dị tật bẩm sinh thường gặp ở vùng hàm mặt. Các tác giả trong nước và nước ngoài đưa ra tỷ lệ khoảng 1/750 trẻ sinh ra bị KHM [1]. Các loại KHM gây những thay đổi về cấu trúc giải phẫu, ảnh hưởng lớn đến chức năng, thẩm mỹ của khuôn mặt, tác động đến tâm lý của bệnh nhân (BN) từ tuổi thơ đến tuổi trưởng thành. Phẫu thuật (PT) tạo hình môi mũi nhằm phục hồi chức năng và thẩm mỹ là nhu cầu cần thiết của BN và gia đình người bệnh. Hiện nay, có nhiều phương pháp tạo hình khe hở môi được đề xuất và ngày càng được hoàn thiện. Tuy nhiên do hình thái của khe hở rất đa dạng, mức độ thương tổn nặng nhẹ khác nhau; và do trình độ phẫu thuật viên ở các tuyến không đồng đều, cho nên sau tạo hình môi còn có những biến dạng môi mũi. Biến dạng môi mũi sau tạo hình khe hở môi chiếm khoảng 70-80% số bệnh nhân được phẫu thuật lần đầu và mức độ biến dạng cũng rất khác nhau tùy thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau [2].

Millard D.R (1976) qua theo dõi kết quả mổ môi nhận thấy hầu hết bệnh nhân sau tạo hình khe hở môi kỳ đầu cần được theo dõi và sửa chữa kỳ hai. Milliken J.B thì cho rằng chưa có phương pháp nào đạt kết quả hoàn chỉnh ngay từ lần phẫu thuật đầu tiên [3]. Cho đến nay vấn đề sửa chữa kỳ hai biến dạng môi mũi do nhu cầu thẩm mỹ và làm hoàn thiện chức năng sau tạo hình khe hở môi được đặt ra ngày càng nhiều. Để giúp cho việc lập kế hoạch PT sửa chữa những biến dạng môi mũi, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Đặc điểm tình trạng biến dạng môi mũi sau phẫu thuật khe hở môi một bên bẩm sinh lần đầu tại bệnh viện E năm 2023*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 31 Bệnh nhân KHM một bên đã được PT tạo hình môi lần đầu còn có những biến dạng môi mũi đến khám tại chương trình Khám sàng lọc, tư vấn miễn phí cho trẻ khuyết tật và bệnh tim bẩm sinh của Khoa Răng

Hàm Mặt và Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E

2.2. Thời gian: Từ tháng 1/3/2023 đến tháng 1/4/2023.

2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Tất cả các bệnh nhân bị KHM một bên đã được PT tạo hình môi lần đầu, còn những biến dạng môi mũi nhưng chưa PT sửa chữa .

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân hay gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

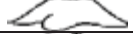















2.6. Các biến nghiên cứu












2.6.1. Phân loại KHM: Khe hở môi, khe hở môi-cung hàm, khe hở môi-vòm miệng.

2.6.2. Đánh giá những biến dạng môi mũi sau tạo hình khe hở môi một bên: bằng thang đánh giá sau PT của Motier (1997) [4].

2.6.3. Mức độ hài lòng của BN

Bảng 1. Bảng đánh giá biến dạng môi mũi sau PT tạo hình KHM một bên

Yếu tố giải phẫu	Đánh giá	Minh họa	Điểm
Làn môi đỏ	Lồi		0,5
	Khía chữ V		0,5
	Dày môi một bên		1
	Mỏng môi một bên		3
	Sai lệch đường viền môi		0,5
Rãnh tiền đình miệng	Hẹp		1
	Quá rộng		2
Da môi (Môi trắng)	Quá ngắn		1
	Quá dài		1
	Thiếu hụt cơ vòng môi		3
	Cung cupidon và nhân trung quá hẹp		4
	Cung cupidon và nhân trung quá rộng		2
Sẹo	Đẹp		0
	Co kéo		1
	Lồi		1
Mũi	Trụ mũi quá ngắn		0,5

Lệch vách mũi		2
Lỗ mũi rộng		0,5
Lỗ mũi hẹp		0,5
Chân trụ mũi quá rộng		0,5
Chân trụ mũi quá hẹp		0,5
Độ cuộn cánh mũi ít		0,5
Độ cuộn cánh mũi quá thừa		0,5
Khiếm khuyết phần trên viền lỗ mũi		0,5
Chân cánh mũi ở cao		0,5
Chân cánh mũi ở thấp		0,5
Cánh mũi thiếu sản và bè		3

Sau đó tính tổng điểm và phân loại kết quả theo bảng sau

Bảng 2. Phân loại kết quả phẫu thuật

Phân loại	Điểm
Xuất sắc	0 - 1,5
Rất tốt	2 - 3,5
Tốt	4 - 5,5
Chấp nhận được	6 - 8
Khó chấp nhận	8,5 - 16

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Biến dạng làn môi đỏ

Bảng 3. Biến dạng làn môi đỏ

Đặc điểm	Số bệnh	Tỷ lệ
----------	---------	-------

Bảng 4. So sánh biến dạng da môi với các tác giả khác

Đánh giá	Tác giả Lê Đức Tuấn (2004)	Rajanikanth B.R & CS (2012)	Cheema S.A và Asim M (2014)	Nguyễn Văn Minh (2018)	Chúng tôi (2023)
Quá ngắn	91(71,65%)	10 (25%)	119 (63%)	32 (34,8%)	10 (32,2%)
Quá dài	4 (3,14%)	2 (5%)	5 (3%)	0	0
Thiếu hụt cơ vòng môi	69 (54,8%)	0		0	0
Cung cupidon và nhân trung quá hẹp	8 (6,3%)	0	5 (3%)	0	0
Cung cupidon và nhân trung quá rộng		0		0	0
Tổng số BN	127	40	189	46	31

Theo bảng 4, có thể thấy ở cả 4 nghiên cứu khác thì tỷ lệ thiếu hụt chiều cao hơn hẳn thừa

	nhân (n=31)	(%)
Lồi	21	67,7
Khía chữ V	4	12,9
Dày môi một bên	14	45,1
Mỏng môi một bên	6	19,3
Sai lệch đường viền môi	22	70,9

Chúng tôi nhận thấy biến dạng sai lệch đường viền môi chiếm tỉ lệ cao 70,9%, xuất hiện dạng nhô ra của da xâm nhập trên làn môi đỏ hoặc của làn môi đỏ xâm nhập trên da. Trong nghiên cứu của tôi thì biến dạng này xuất hiện ở 22 BN (70,9%), kết quả này cao hơn so với nghiên cứu Rajanikanth B.R và CS (2012) [5] là 30%, của tác giả Christofides E (2006) [7] lại có tỷ lệ sai lệch đường viền môi chiếm tỉ lệ (65%), tác giả Nguyễn Văn Minh (2018) [6] là 52,2%. Tuy nhiên, khi so sánh với tác giả Lê Đức Tuấn (2004) [8] trên 127 BN thì tỉ lệ của tác giả là 80,4%. Sai lệch đường viền môi có thể tránh được bằng cách đánh dấu cẩn thận đường viền môi trước phẫu thuật. Đánh dấu hai điểm, một điểm trên và một điểm dưới đường viền môi làm cho dễ điều chỉnh và chính xác khi khâu đóng vết mổ hơn là chỉ đánh dấu một điểm tại đường viền da-môi đỏ.

Biến dạng khía chữ V trong nghiên cứu của tôi chiếm tỉ lệ thấp 12,9% thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Rajanikanth B.R và CS (2012) [5] là 55%, nghiên cứu của Cheema S.A và Asim M (2014) [9] còn cho kết quả lớn hơn (66%), nghiên cứu trong nước của Lê Đức Tuấn cũng có tỉ lệ biến dạng của tác giả là 20,1%

Biến dạng khía chữ V xảy ra do trong quá trình PT, cơ không được giải phóng hoàn toàn nên bị kéo căng khi đóng kín, sau tạo hình toác vết mổ có thể dẫn đến khía chữ V. Nguyên nhân khác là kỹ thuật khâu tái tạo cơ không tốt, nối cơ không đối xứng hoặc thậm chí là khâu dưới da mà không khâu cơ gây lõm niêm mạc làn môi đỏ.

3.2. Biến dạng da môi

Đây cũng là nhận định của nhiều phẫu thuật viên trên thế giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngăn môi là 32,2% tương đương với nghiên cứu Nguyễn Văn Minh (2018) [6] và Rajanikanth B.R và CS (2012) [5], nhưng lại thấp hơn so với Lê Đức Tuấn (71,65%) [8], Cheema S.A và Asim M (63%) [9].

Ở BN KHM một bên, ngăn môi thường do chọn phương pháp PT không thích hợp với loại khe hở như phương pháp đường rạch thẳng hay vạt xoay đẩy (xoay đẩy không đúng). Ngoài ra,

Bảng 5. So sánh sẹo vết mổ

Tác giả Đánh giá	Lê Đức Tuấn (2004)	Rajanikanth B.R và CS (2012)	Cheema S.A và Asim M (2014)	Nguyễn Văn Minh (2018)	Chúng tôi (2023)
Seo đẹp	45 (35,5%)	28 (70%)	39 (21%)	22 (47,8%)	16 (51,6%)
Seo cơ kéo	82 (64,5%)	6 (15%)	150 (79%)	10 (21,7%)	7 (22,6%)
Seo lồi		6 (15%)		14 (30,4%)	8 (25,8%)
Tổng số BN	127	40	189	46	31

Trong 4 nghiên cứu ở bảng 5, tỉ lệ sẹo xấu có sự khác biệt nhau, từ khoảng 30-70%. Ở nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ này là 48,4% (15/31 BN). Nguyễn Trọng Điểm (1995) [10], Kapuccu M.R và CS (1996) [11] đều thống nhất ở hai vấn đề cần quan tâm khi tạo hình KHM: thứ nhất là kỹ thuật khâu tái tạo hình thể môi; thứ hai là chăm sóc theo dõi tốt sau mổ. Các tác giả trong và ngoài nước đều nhất trí cho rằng nếu phòng tránh tốt những biến chứng sau PT sẽ đạt được kết quả liền sẹo đẹp.

3.4. Biến dạng mũi. Biến dạng mũi thường xảy ra cùng biến dạng môi và tỷ lệ thuận với mức độ nặng nhẹ của biến dạng môi. Đây là nhận xét chung của các phẫu thuật viên đã từng PT KHM và sửa chữa biến dạng môi mũi sau mổ. Cánh mũi ở thấp và lỗ mũi hẹp nhận thấy ở tỉ lệ cao 74,2% và 83,8%.

Khiếm khuyết phần trên viền lỗ mũi nhận thấy ở 48,3% BN sau tạo hình KHM. Thực chất biến dạng này xảy ra do cơ ngang mũi bám không đầy đủ vào gai mũi trước dẫn đến sự sai vị trí của sụn cánh giữa và không sửa chữa. Tuy vậy, đây cũng có thể biến dạng do lỗi phẫu thuật viên can thiệp sai vào vùng tam giác mềm, là vùng không được nâng đỡ bởi sụn, điểm liên kết giữa cột bên và cột giữa. Có thể thành công sửa chữa biến dạng này sau tạo hình môi lần đầu, nhưng là không thể đối với tạo hình môi lần hai nếu không có PT mũi hở điều chỉnh lại vị trí sụn cánh mũi. Mặc dù là trụ mũi ngắn là điển hình của KHM hai bên, nghiên cứu của tôi là ở KHM một bên, tuy nhiên vẫn có tỷ lệ cao trụ mũi ngắn 54,8% do sự sai lệch vị trí của sụn cánh mũi. Chiều dài của trụ mũi là cơ sở cho sự cân đối của mũi. Nếu trong lần đầu dùng PP Millard có thể thành công bằng cách sát nhập vạt C vào đường

còn tùy thuộc vào loại khe hở. Khe hở càng rộng, có phối hợp với KH vòm miệng thì tỷ lệ thiếu da môi sau phẫu thuật là cao. Vì vậy ngoài việc chọn phương pháp mổ phù hợp thì rõ ràng kinh nghiệm của phẫu thuật viên rất quan trọng đối với kết quả chiều dài da môi.

3.3. Sẹo vết mổ. Đa số bệnh nhân có sẹo đẹp chiếm 51,6% (16/31 BN), 22,6% có sẹo cơ kéo (7/31 BN) và 25,8% có sẹo lồi (8/31 BN).

rạch chân trụ mũi., KHM một bên ít gặp.

3.5. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Bảng 6. Mức độ hài lòng

Mức độ hài lòng	Số bệnh nhân (n=31)	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	1	3,2
Khá hài lòng	2	6,4
Hài lòng	5	16,1
Không hài lòng	23	74,3
Tổng số	31	100

Trong tổng số 31 bệnh nhân thì chỉ có 8 bệnh nhân trên mức hài lòng với kiểu hình mũi sau phẫu thuật thì đầu, trong khi có 23/31 bệnh nhân không hài lòng chiếm tỉ lệ 74,3%

IV. KẾT LUẬN

Biến dạng môi mũi sau tạo hình KHM một bên lần đầu là không tránh khỏi. Trong khi mức độ hài lòng về kiểu hình mũi sau mổ không cao, điều này chứng tỏ bệnh nhân muốn cải thiện mũi ở những lần sửa chữa tiếp theo. Do vậy, cần có kế hoạch sửa chữa những biến dạng này ở những lần phẫu thuật tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Phương Nga (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở môi trên một bên toàn bộ theo phương pháp Millard cải tiến, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Răng Hàm Mặt, ĐHY Dược Huế, Huế.
2. Smith J.D., Bumsted R.D. (2006), Pediatric Facial Plastic and Reconstructive Surgery, Raven Press Publisher, Washington, USA.
3. Mulliken J.B., Martinez P.D. (1999), "The principle of rotation advancement for repair of unilateral complete cleft lip and nasal deformity: technical variations and analysis of results", Plastic and Reconstruction Surgery, 104, pp.1247-1260.
4. Mortier P. B, Martinot L. V (1997), "Evaluation of the results of cleft lip and palate surgical

- treatment: Preliminary report", Cleft palate-craniofacial Journal, Vol 34 (3), 247- 254.
5. **Rajanikanth B.R., Rao K.S., Sharma S.M., Prasad B.R.** (2012), "Assessment of Deformities of the Lip and Nose in Cleft Lip Alveolus and Palate Patients by a Rating Scale", Journal of Maxillofacial Oral Surgery, 11(1), pp.38-46.
 6. **Nguyễn Văn Minh** (2018), Đánh giá những biến dạng môi mũi bệnh nhân sau tạo hình khe hở môi một bên lần đầu, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 8, số 5 - tháng 10/2018.
 7. **Christofides E, Potgieter A, Chait L.** A long term subjective and objective assessment of the scar in unilateral cleft lip repairs using the Millard technique without revisional surgery. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2006;59(4):380-386. doi:10.1016/j.bjps.2005.04.0379.
 8. **Lê Đức Tuấn** (2004), Nghiên cứu sửa chữa những biến dạng môi - mũi sau phẫu thuật khe hở môi một bên bẩm sinh, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội, Hà Nội.
 9. **Cheema S.A. và Asim M.** (2014), "An Analysis of Deformities in Revision Surgeries for Secondary Unilateral Cleft Lip", Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan, 24 (9), pp.666-669.
 10. **Nguyễn Trọng Điểm** (1995), "Nhận xét 100 trường hợp khe hở bẩm sinh môi trên điều trị phẫu thuật tại viện Quân y 175", Thông tin mới Răng Hàm Mặt, tr.37-40.

KẾT QUẢ NÚT MẠCH THẬN CHỌN LỌC ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU SAU TÁN SỎI THẬN QUA DA

Trần Quốc Hòa^{1,2}, Nguyễn Đình Bắc¹, Nguyễn Thế Anh²

TÓM TẮT

Mục đích của nghiên cứu này là mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân chảy máu sau TSQD và đánh giá kết quả nút mạch thận chọn lọc trong điều trị biến chứng này. Chúng tôi tiến hành một nghiên cứu mô tả hồi cứu với 32 bệnh nhân được nút mạch thận chọn lọc để điều trị chảy máu sau TSQD trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 5 năm 2023. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $51,6 \pm 10,3$ tuổi và 11 bệnh nhân (34,4%) có các bệnh lý mãn tính kèm theo. Khoảng thời gian từ lúc TSQD đến lúc phát hiện chảy máu là $11,3 \pm 7,6$ ngày. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đái máu (100%), đau thắt lưng (56,3%), chảy máu qua dẫn lưu thận (15,6%) sốc mất máu (9,4%). Mức giảm Hb TB là 3,4 g/dl và có 37,5% bệnh nhân phải truyền máu. Có 29 bệnh nhân (90,6%) được chụp CLVT trước nút mạch và 28 bệnh nhân trong số này (96,6%) phát hiện được các tổn thương trên CLVT. Vị trí nhánh mạch tổn thương thường gặp nhất là cực giữa với tỷ lệ là 41,7% và loại tổn thương thường gặp nhất là giả phình mạch (62,5%). Loại vật liệu nút mạch được sử dụng nhiều nhất là keo sinh học (75,0%). Có 31 bệnh nhân (96,9%) chỉ cần 1 lần can thiệp nút mạch và 1 bệnh nhân (3,1%) cần phải can thiệp mạch lần 2. Tỷ lệ thành công sau lần can thiệp mạch thứ nhất và thứ 2 lần lượt là 96,9% và 100%. Có 43,8% bệnh nhân có biểu hiện hội chứng sau nút mạch. Thời gian nằm viện sau nút mạch là $5,8 \pm 3,6$ ngày. Từ kết quả thu được cho thấy, nút mạch thận chọn lọc là phương pháp an toàn và hiệu quả

trong điều trị chảy máu sau TSQD.

Từ khóa: Chảy máu sau tán sỏi thận qua da, tán sỏi thận qua da, nút mạch thận chọn lọc, TSQD.

SUMMARY

SUPERSELECTIVE RENAL ARTERY EMBOLIZATION MANAGEMENT OF POST- PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY HEMORRHAGE

The purpose of this study was to describe the clinical and laboratory features evaluate the therapeutic efficacy and safety of superselective renal arterial embolization (SRAE) in the treatment of patients with renal hemorrhage after percutaneous nephrolithotomy (PCNL). From January 2019 to May 2023, data of 32 consecutive patients with SRAE management of post-PCNL hemorrhage were retrospectively analyzed. The mean age of patients was 51.6 ± 10.3 years and There were 11 patients (34.4%) who had chronic diseases. The mean interval between surgery and the angiography was 11.3 ± 7.6 days. Hematuria was the most common symptom (100%), followed by flank pain (56.3%), red fluid in the drainage bag (15.6%) and 3 patients (9.4%) with blood loss shock. The mean reduced hemoglobin was 3.4 g/dl and blood transfusion rate was 37.5%. There were 29 patients (90.6%) who received computed tomography (CT) before angiography and 28 out of total patients (96.6%) detected bleeding foci. The most common bleeding site was mid-pole with 43.8% and the most common angiographic finding was pseudoaneurysm (62.5%). Bio glue was the most commonly used plug material (75.0%). There were 31 patients (96.9%) required only one session of SRAE and 1 patient (3.1%) needed two sessions. The initial success rate of embolization was 96.9% after the first SRAE and this figure rose to 100% after second SRAE. There were 43.8% patients presenting with post-embolization syndrome. Post-embolization hospital stay was 5.8 ± 3.6 days. It was evident from the study

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024